

- M. Landoni, F. Parazzini // *Genitourin. Med.* – 1997. – V. 73, № 4. – P. 267–70.
16. Eheifer T.A. Nonspecific vaginitis: role of *Haemophilus vaginalis* and treatment with metronidazole / T.A. Eheifer, P.S. Forsyth, M.A. Durfee [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1978. – V. 298. – P. 1429–1434.
  17. Henry-Suchet J. Clinical and colposcopic aspects of bacterial vaginosis / J. Henry-Suchet // *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.* – 1993. – V. 88, 3 Pt 2. – P. 199–201.
  18. Keane F.E.A. The association of *Chlamydia trachomatis* and *Mycoplasma genitalium* with non-gonococcal urethritis: observations on heterosexual men and their female partners / F.E.A. Keane, B.J. Thomas, C.B. Gilroy [et al.] // *Int. J. STD AIDS.* – 2000. – V. 11. – P. 435–439.
  19. Krohn M.A. Comparison of methods for diagnosing bacterial vaginosis among pregnant women / M.A. Krohn, S.L. Hillier, D.A. Eschenbach // *J. Clin. Microbiol.* – 1989. – V. 7. – P. 1266–71.
  20. Mardh P.A. Vaginal flora changes associated with *Mycoplasma hominis* / P.A. Mardh, S. Elshibly, I. Rallings [et al.] // *J. Obstet. Gynecol.* – 1997. – P. 173–178.
  21. Martius J. Relationships of vaginal *Lactobacillus* species, cervical *Chlamydia trachomatis* and bacterial vaginosis to preterm birth / J. Martius, M.A. Krohn, S.L. Hillier [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 1988. – V. 71. – P. 89–95.
  22. Monif G.R.G. *Infections diseases in obstetric and gynecology (fifth edition)* / G.R.G. Monif, D.A. Baker. – The Parthenon Publishing Group, 2005. – 723p.
  23. Priestley C.J. What is normal vaginal flora ? / C.J. Priestley, B.M. Jones, J. Dhar [et al.] // *Genitourin. Med.* – 1997. – V. 73, № 1. – P. 23–28.
  24. Spiegel C.A. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis / C.A. Spiegel, R. Amsel, D. Echenbach [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1980. – V. 303, № 11. – P. 601–607.
  25. Spiegel C.A. Diagnosis of bacterial vaginosis by direct Gram stain of vaginal fluid / C.A. Spiegel, R. Amsel, K.K. Holmes // *J. Clin. Microbiol.* – 1983. – Vol. 18, № 1. – P. 170–177.
  26. TAYLOR-ROBINSON D. *MYCOPLASMAS IN HUMAN GENITOURINARY INFECTIONS* / D. TAYLOR-ROBINSON, W.M. MCCORMACK. – NEW-YORK, 1979.
  27. Van der Meijden W.I. Clinical and laboratory findings in women with bacterial vaginosis and trichomoniasis versus controls / W.I. Van der Meijden, H.J. Duivenvoorden, H.C. Both-Patoir [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 1988. – V. 28, № 1. – P. 39–52.
  28. Ward H. Impact of bacterial vaginosis on detection of chlamydial infection / H. Ward, D. Taylor-Robinson // *Int J. STD AIDS.* – 2004. – V.15, №3. – P. 209–10.

**П.С. Русакевич, Н.П. Фокина**

Белорусская медицинская академия  
последипломного образования,  
г. Минск

Женская консультация №2 УЗ  
ВГТМО №3,  
г. Витебск

## Эктопии шейки матки (современное состояние проблемы) часть 2

**Представлены данные мировой литературы, касающиеся различных методов лечения (фармакологического, немедикаментозного, локальной деструкции, комбинированного) эктопий шейки матки. Описан системный функциональный подход к терапии поражений шейки матки для повышения клинической эффективности излечения больных с данной патологией. Констатируется, что системный подход является эффективным способом устранения общих нарушений в организме женщин, основой в стратегии и тактике ведения больных, средством снижения частоты рецидивов эктопий шейки матки.**

Лечение больных с эктопией (эрозией по МКБ-10) шейки матки в течение более чем 70 лет является актуальной проблемой гинекологии. Это связано с большой частотой встречаемости данной патологии, недостаточной эффективностью существующих методов и возможностью развития на ее фоне предраковых состояний и злокачественного процесса.

С 1924 года, когда Hinselmann изобрел первый кольпоскоп, началась новая эра диагностики и лечения патологии шейки матки. До 70-х годов XX века основным методом лечения доброкачественных заболеваний шейки матки был медикаментозный. Это было обусловлено тем, что эктопию шейки матки относили к воспалительным процессам. Однако Деражне А.Б., 1972; Яковлева И.А., Кукуте Б.Г., 1973 убеди-

тельно показали, что эктопия может развиваться не только на фоне воспалительных поражений органа (цервицита, кольпита), но и - гормональных изменений в организме, а также - рубцовых повреждений шейки матки. При этом ее возникновение вовсе не связано с воспалительным процессом.

В.И.Бодяжина (1976) впервые сформулировала основные правила проведения терапии эрозий шейки матки: 1) врожденные эктопии в лечении не нуждаются, а подлежат наблюдению; 2) лечение истинных и ложных (псевдо-)эрозий шейки матки следует осуществлять одновременно с заболеваниями, способствующими их возникновению или длительному течению; 3) при воспалительной этиологии псевдоэрозии выясняют характер возбудителя и проводят курс противовоспалительного лечения; 4) истинная эрозия и псевдоэрозия с выраженной сопутствующей воспалительной реакцией в окружающих тканях подлежат щадящим (неагрессивным) методам терапии; 5) методы терапии, связанные с применением прижигающих средств (ляпис и др.), в связи с их малой эффективностью и неблагоприятным воздействием на окружающие ткани лучше не использовать.

В более поздних исследованиях цервикальную эктопию рассматривают как вариант физиологической нормы. Было высказано предположение, что до определенного возраста женщины эктопия шейки матки не требует лечения [1]. В то же время Б.И.Железнов (1984) доказал, что при длительном течении эктопии шейки матки и наличии сопутствующей воспалительной реакции в органе могут возникать изменения, приводящие к раку шейки матки [5]. Все это дало толчок к исследованиям и разработке единого научно обоснованного подхода к ведению указанного контингента пациенток и определению четких критериев необходимости лечения.

В итогах дискуссии по «некоторым теоретическим и практическим аспектам проблемы неопухолевых заболеваний шейки матки», проведенных на страницах журнала «Акушерство и гинекология» (1984) высказано сожаление, что в ней не нашли достаточного отражения многие современные методы лечения указанных поражений шейки матки. Последующие 15 лет ликвидировали этот пробел, так как были разработаны, апробированы и внедрены в широкую клиническую практику многие новые методы. Я.В.Бохман (1986, 1989), как ведущий отечественный онколог-гинеколог, сформулировал общие принципы планирования лечения болезней шейки матки: ликвидация патологического очага на шейке матки и тех изменений в организме, которые способствуют его возникновению и поддержанию длительного течения; любой метод терапии должен обеспечивать надежное излечение, профилактику перехода в более выраженный патологический процесс; у молодых женщин всегда по возможно-

сти применять органосохраняющие и щадящие вмешательства; тщательно соблюдать принцип онкологической настороженности при определении длительности лечения, продолжительность консервативных воздействий не должна превышать более 2-4 недель.

За это время неоднократно менялись представления о патологических процессах в эпителии шейки матки и предлагались все новые средства лечения. Ряд авторов указывают на возможность развития пролиферативных процессов в шейке матки после проводившегося ранее лечения медикаментозными средствами с использованием антибактериальных и ускоряющих процессы регенерации средств, что должно быть мотивом к отказу от их применения [7].

В.Н.Прилепская (1992), анализируя причины недостаточной эффективности применяемых методов лечения, приходит к выводу, что неудачи связаны с отсутствием функционального подхода, учитывающего не только воздействие на очаг эктопии, но и на весь организм в целом. Основные положения данного подхода были разработаны в более поздний период [18].

Последующие годы ознаменовались широким использованием в клинической практике методов, предусматривающих деструкцию (удаление) патологических субстратов в шейке матки, в том числе и - эктопий [6]. Данные методы лечения приводят к отторжению и последующей регенерации поверхности бывшей цервикальной эктопии. Последний процесс наиболее часто происходит за счет размножения клеток базального слоя многослойного плоского (сквамозного) эпителия и резервных клеток [15].

Фармакологическую (жидкость Карчаули, Гордеева, раствор нитрата серебра, йода) коагуляцию пораженных эктопией поверхностей экзоцервикса шейки матки в настоящее время не используются из-за токсичности жидкости и нерегулируемой глубины коагуляции. В клинической практике для химической коагуляции ранее достаточно широко применяли ваготил [10]. Данный препарат, обладающий коагулирующим эффектом, не обладает строгой специфичностью только к патологическому эпителию экзоцервикса, при этом одновременно происходит повреждение и нормального многослойного плоского эпителия. Было доказано, что такая коагуляция повреждает только поверхностные слои эпителия и поэтому требуется повторение аппликаций препарата до 8-12 раз. Сама эпителизация коагулированных участков происходит относительно длительно. Все вместе взятое способствует развитию множества различных осложнений (повреждения эпителия влагалища, дискератозы (лейкоплакия), при длительно протекающей эпителизации - цервикальная интраэпителиальная неоплазия и множественные ретенционные образования (кис-

ты), требующие осуществления соответствующего лечения) [15,16].

На смену ваготилу пришел более современный препарат для химической коагуляции – солковагин (смесь органических кислот). Препарат прошел испытания временем, высокоэффективен, не дает побочных эффектов и не вызывает осложнений [7,13]. Наряду с его эффективностью, был установлен основной недостаток – неспособность коагуляции цервикального эпителия в эрозийных железах. Кроме того, его нецелесообразно использовать при обширных поражениях, значительных нарушениях биоархитектоники шейки матки, сопутствующей дисплазии, воспалительных изменениях. Для получения оптимальных результатов солковагин-коагуляцию сочетают с гелий-неоновым лазером [7], либо с местной иммунокорректирующей терапией – обработкой струпа кондиционной средой с цитокинами, позволяющей добиться выздоровления от 71,3 до 93,3% случаев [18].

С каждым годом с целью оказания лечебного воздействия на патологический процесс в шейке матки предлагаются все более новые методы [1,7]. Традиционно по способу воздействия и характеру, используемых факторов все методы лечения патологии шейки матки принято подразделять на консервативные и хирургические. В свою очередь, консервативные методы делятся на фармакотерапевтические, немедикаментозные (физиотерапевтические и нетрадиционные) [12,18].

Хирургическое лечение предполагает выполнение локальной деструкции шейки матки или радикального оперативного вмешательства (экцизия шейки матки, собственно радикальные операции в виде ампутации шейки матки, гистерэктомии) [27]. В последнее десятилетие широко используют комбинированный метод лечения [24].

Вопросы консервативного фармакотерапевтического лечения при патологии шейки матки освещены в литературе недостаточно. Существуют весьма противоречивые сведения и разночтения, касающиеся эффективности медикаментозного лечения при фоновых заболеваниях шейки матки. Оно остается нестандартизованным, при этом приводятся различные величины возникающих осложнений [1,22].

Наиболее изучено противовоспалительное лечение, определено его место и эффективность [1,21]. Часто указанное лечение проводят путем местного воздействия медикаментов на патологический очаг. Положительный клинический эффект наблюдается в 17-90% случаев. Существует мнение, что противовоспалительное лечение может быть только методом подготовки органа (в комплексной терапии) при проведении последующей его деструкции либо средством реабилитации после нее [18]. Кроме того, противовоспалительное лечение может

быть вариантом самостоятельной терапии доброкачественных и предраковых заболеваний шейки матки воспалительного генеза [19].

В современной практической медицине широко используются моно- и полифармакотерапия [14]. Рациональная фармакотерапия предполагает: учет причин и аггравирующих факторов, основных звеньев патологического процесса и его тяжести, возможной обратимости, определение цели лечения и способов ее достижения (этиологическое, патогенетическое, или только симптоматическое лечение). Для этого используют медикаментозные и немедикаментозные средства, осуществляют индивидуализацию лечения на основе адекватного контроля и определения его терапевтического и возможного побочного действия.

Противовоспалительная терапия при заболеваниях шейки матки предполагает осуществление антибиотикотерапии в различных вариантах. При данной патологии она может выполняться по различным принципам, разными методами и способами (антибиотики и антисептики, эндосоматические и эписоматическое применение, носить общий и местный характер, иметь лечебную и профилактическую значимость) [11,26]. Цель местной антибиотикотерапии – предупреждение генерализации инфекции, снижение микробной популяции в очаге, профилактика супер-, реинфекции или вторичного инфицирования биотопа, восстановление сингенной микрофлоры биотопа. Для подавления активности возбудителя в биотопе используют местно антисептики, антибиотики и их комбинацию, механическую и химическую очистку инфекционного очага, иммунотерапию.

Для профилактики инфицирования приоритет должен принадлежать антисептикам. Большинство микробиологов и клиницистов считают, что условиями эффективности антибактериальной терапии точное типирование возбудителя и знание его чувствительности к химиопрепаратам и антисептикам. Не меньшее значение имеет знание особенностей биотопа и макроорганизма в целом [3]. При инфекциях, передающихся половым путем антибактериальная терапия может проводиться с помощью синдромного подхода [14]. Вместе с тем, при моноинфекции, или ассоциациях возбудителей (микст-формы) лечение проводят с полным соблюдением всех общепризнанных правил, согласно нозологической формы заболевания [16].

В большинстве случаев антибактериальная терапия при заболеваниях шейки матки должна носить комплексный характер. Такой подход, в зависимости от выявленной клинико-морфологической формы заболевания, позволяет более объективно решать вопрос индивидуального подбора наиболее оптимальных для данной больной лечебных воздействий [9,20].

Особенностью современного течения эктопий шейки матки у молодых женщин является

частое развитие данной патологии на фоне изменения биоценоза влагалища и местного иммунитета [16]. Широкое применение антибактериальных препаратов для санации воспалительных заболеваний влагалища и шейки матки с целью предоперационной подготовки привело к повышению аутоиммунных реакций, развитию дисбактериозов, которые в свою очередь осложняют послеоперационное течение, приводят к рецидивам заболевания. С.Ф.Насыровой (1998) при проведении коррекции нарушенного биоценоза влагалища на первом этапе лечения псевдоэрозии шейки матки, наряду с оздоровлением кольпобиотопа, использованы биопрепараты, в виде поливалентного пиобактериофага и лактобактерина.

С.И.Борова (2003) в своих исследованиях, посвященных лечению эктопий шейки матки, показала высокую эффективность применения протеолитических ферментов (имозимаза, бифидосодержащая паста), улучшающих микробиоценоз влагалища и повышающих скорость эпителизации. Имеются неоднозначные сведения о целесообразности использования фармакологических средств (метилурацил, солкосерил, куриозин), стимулирующих регенеративные процессы в шейке матки [7].

Состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных с эктопиями шейки матки изучено явно недостаточно. Полученные при этом сведения отличаются противоречивостью. Установлено, что при заболеваниях шейки матки доброкачественного характера, как правило, наблюдается формирование иммунологической недостаточности и вторичного иммунодефицита. Доказано прогрессирующее увеличение абсолютного и относительного количества лимфоцитов со следующими изменениями в Т-клеточном звене иммунной системы. Относительное количество Т-лимфоцитов с увеличением тяжести поражения органа-мишени возрастает, одновременно наблюдается уменьшение содержания и функциональной активности Т-хелперов (CD4+). Это следует рассматривать как неблагоприятный прогностический признак, связанный с ослаблением цитокинового звена и гуморального иммунитета. Наоборот, относительное количество цитотоксических Т-супрессоров (CD8+), с увеличением степени тяжести патологического процесса в органе прогрессивно возрастает, по сравнению со снижением CD4+ (дисбаланс субпопуляции Т-звена). Функциональная активность Т-лимфоцитов при цервикальных эктопиях также падает. Определенные изменения выявлены и в В-клеточном звене иммунной системы, в гуморальной и фагоцитарной активности крови. Относительное количество CD22+, с возрастанием степени тяжести патологии, прогрессивно снижается. Это, в сочетании с низкой CD4+ - активностью, указывает на выраженное ослабление гуморального им-

мунитета у больных женщин. При вторичной воспалительной реакции в генитальной сфере уровень CD22+ возрастает. На всех стадиях патологического процесса особо подчеркнута снижение в крови содержания IgA с возможным ослаблением местных защитных свойств и бактерицидности слизистых оболочек. В фагоцитарном звене выявлено прогрессивное уменьшение как спонтанного, так и активированного метаболизма и относительно часто – индекса завершенности фагоцитоза. Эти показатели наглядно доказывают существование выраженного исходного снижения микробицидности крови и необходимость проведения дифференцированной иммунокоррекции. Комбинированное воздействие на иммунный статус способствует нормализации нарушенных параметров гомеостаза, является фактором заживления и профилактики рецидивов [18]. Д.К.Новиков с соавт. (1998) доказали, что цитомедины (тималин, т-активин) при комбинации с другими лечебными факторами (гормоны, операция, локальная деструкция) способствуют компенсации имеющихся иммунных нарушений. Они влияют на центральные органы эндокринной регуляции, повышают частоту наступления клинко-морфологического эффекта на 29%, а в комбинации с токоферола-ацетатом оказывают резко выраженный антиоксидантный эффект. Устранение иммунологических расстройств сопровождается выраженным ( $82,9 \pm 3,6\%$ ) регрессом эктопии и клиническим выздоровлением у ( $14,9 \pm 3,6\%$ ) пациенток [18].

В комплексном лечении эктопий шейки матки в последние годы большое значение придается коррекции нарушенного перекисного окисления липидов и улучшению антиоксидантной защиты. Значимость витаминов А (каротиноидов) и Е при патологии репродуктивной системы и болезнях шейки матки общепризнанна. Показано, что они влияют на гомеостаз, процессы размножения, регенерации эпителия, рогообразования в эктодермальных тканях [18].

Опираясь на исследования клиницистов и морфологов о высокой значимости при поражении шейки матки изменений гормонального гомеостаза, возникает необходимость устранения этих нарушений. Основным ключевым вопросом при этом является восстановление цикличности (овуляторный цикл), фертильности (при бесплодии) и лечение гормональнозависимых заболеваний и синдромов, сопутствующих патологии шейки матки [7,15,16]. Конкретная программа гормонального лечения (в алгоритме терапии заболеваний шейки матки) должна определяться находками у каждой больной при проведении комплексного диагностического скрининга [16,18]. В.П.Сметник с соавт.(2001); О.Ф.Серова (2004) указывают на большое число причин, приводящих к недостаточности лютеиновой фазы, как наиболее частой формы нарушений менструального цикла у

пациенток с эктопией шейки матки. Терапия всех форм менструальных нарушений преследует подавление абсолютной или относительной гиперэстрогении и пролиферативного потенциала эндо- и экзоцервикса.

В настоящее время благотворное клиническое и регрессивное влияние норэтистерона ацетата (норколут, примолут-нор) на измененный эндометрий, при имеющихся нарушениях, сопутствующих поражению шейки матки, твердо доказано [5]. Тем не менее, препарат может вызывать ряд нежелательных побочных эффектов: одновременное развитие гиперпластических процессов в эндоцервиксе (или их прогрессирование, если они имеются) и развитие гирсутизма с анаболическим эффектом. Это ограничивает его применение. Кроме того, при внутреннем эндометриозе норстероиды и комбинированные оральные контрацептивы также могут стимулировать пролиферативные процессы в эндоцервиксе [5,8]. Однако кратковременная (3-6 месяцев) гормонотерапия указанными препаратами накануне деструкции шейки матки может существенно улучшать ее результаты.

Для лечения заболеваний шейки матки и нарушений менструального цикла широко используют другие прогестагены (левоноргестрел, гезодестрел, гестоден, норгестимат), входящие в состав комбинированных оральных контрацептивов, или КОК. Они обладают различной прогестероновой, андрогенной активностью и разным индексом их селективности (сродство с рецепторами прогестерона и андрогенов). Прогестагены новых поколений у 93-96% больных эффективно восстанавливают ритм менструаций, независимо от метаболического фона, восполняют дефицит эндогенного прогестерона при недостаточности лютеиновой фазы (но не при ановуляции), улучшают иммунный баланс женщин [15,17].

При воспалительных заболеваниях гениталий (включая нижний отдел полового тракта) и поражениях шейки матки КОК оказывают протекторное действие, за счет уменьшения объема менструальной кровопотери и изменений шейечной слизи [25]. По рекомендациям экспертов ВОЗ фоновые заболевания шейки матки не являются противопоказанием к применению КОК. При этом имеют значение длительность применения, вид КОК и возраст женщины [4,28].

Доказано, что использование указанных препаратов в большинстве случаев является средством монотерапии эктопий шейки матки у молодых женщин либо является подготовительным этапом перед щадящей деструкцией. Методом выбора для лечения таких женщин могут быть и трехфазные КОК, при длительности их применения 6-12 месяцев. Использование монофазных контрацептивов в пределах 6 месяцев не приводит к прогрессированию заболевания. Превышение этого срока обычно способствует развитию в экзоцервиксе дистрофи-

ческого процесса, препятствующего эпидермизации. Превышение длительности лечения указанными препаратами при эктопиях у женщин, может вызвать усиление метапластической активности, возможность развития дисплазий и их трансформацию в интраэпителиальный рак [7,8]. Общеизвестно, при соблюдении определенных правил использование КОК при эктопиях шейки матки возможно без ущерба для здоровья женщин [28].

Применение биостимуляторов при заболеваниях шейки матки дискуссионно, особенно при наличии пролиферации эпителия и опасности ее усиления. В 1983 году на Всесоюзном симпозиуме в Одессе (1983), посвященном применению биостимуляторов в медицине, были сформулированы основные принципы тканевой терапии при воспалительных процессах репродуктивной системы: 1) строгий учет функции яичников при подборе биостимулятора; 2) достаточная длительность проводимого лечения - на протяжении обеих фаз цикла в течение не менее 20-25 дней; 3) целесообразность ее комбинации с витаминотерапией с учетом фаз цикла; 4) сочетанное использование тканевых препаратов животного и растительного происхождения; 5) проведение в течение года 2-3 курсов лечения; 6) по возможности использование нестандартных способов подведения препарата к пациенту. Кроме парентерального введения, биостимуляторы также используют местно в виде эмульсионных и жировых аппликаций на патологический очаг. Как правило, эти препараты применяют в период реабилитации после деструктивных воздействий на шейку матки.

Немедикаментозные средства занимают ведущее место в осуществлении вторичной профилактики гинекологических заболеваний, восстановительном лечении женщин их перенесших, а также при реабилитации оперированных больных. До настоящего времени при заболеваниях шейки матки используют физиотерапевтическую химическую коагуляцию с цинком путем электрофореза на шейку матки по Г.А.Келлату.

Среди немедикаментозных методов лечения в последние 20 лет особо разрабатывается проблема использования лазерного излучения [27]. Традиционно лазерное излучение делят на низкоинтенсивное (НИЛИ) и высокоэнергетическое. Среди НИЛИ наибольшей популярностью у клиницистов пользовался ГНЛ (70-80-е годы), инфракрасный лазер (90-е годы) и другие виды (гелий-кадмиевый, ультрафиолетовый и аргоновый). Биомеханизмы действия НИЛИ многообразны: от молекулярного уровня до органа, системы и всего организма.

НИЛИ усиливают биоэнергетические и биосинтетические процессы в организме. В результате происходит стимуляция обмена веществ и активация функции яичников, норма-

лизуется микроциркуляция, повышается устойчивость биотканей к воздействию патогенных агентов, снижается порозность сосудистой стенки, улучшается иммуногенез. Противовоспалительный эффект, снижение патогенности микробного фактора с повышением его чувствительности к действию антимикробных средств, - являются выгодными преимуществами данного типа лазеров.

Из немедикаментозных средств используют: 1) магнитотерапию - при сочетании эктопий шейки матки с хроническим эндоцервицитом; 2) шеечную декомпрессию - при рецидивирующих эктопиях; 3) бальнеолечение - при эктопиях с выраженным воспалительным компонентом; 4) бромсероводородные минеральные воды - при эктопиях в сочетании с хроническими воспалительными процессами женских половых органов.

Радикальные методы лечения подразделяют на 2 группы: 1) методы локальной деструкции патологического очага (диатермокоагуляция, криокоагуляция, лазерная вапоризация и лазерная конизация, радиоволновая хирургия, лечение с помощью замораживающего микротомы); 2) методы собственно радикальной терапии (диатермо-, радиоволновая конизация шейки матки и хирургическое лечение).

Диатермохирургический метод получил наиболее широкое распространение в связи с оснащенностью почти всех лечебных учреждений аппаратурой. Его используют в виде диатермоэлектрокоагуляции и диатермоэлектроэксцизии (конизации). Тепло, образуемое внутри тканей, вызывает электрокоагуляцию (в результате значительного нагревания), электроразрез (с образованием тонкого слоя коагулируемой ткани, обугливанием поверхностных ее слоев). Данными отечественных ученых было еще раз подтверждено, что при ДЭК излечиваются только патологические процессы, локализующиеся в поверхностных слоях многослойного плоского эпителия, что мешает полноценному гистологическому контролю [2]. Частота осложнений после ДЭК колеблется от 6,2% до 47,2% [18].

Диатермоэлектроэксцизии по сравнению с другими методами имеет ряд преимуществ: радикальное удаление ткани в пределах здоровой ткани, что соответствует онкологическим принципам, возможность тщательного гистологического исследования удаленного препарата, относительно небольшое число осложнений, сохранение физиологических функций, включая детородную. Недостатки метода: удаление патологического очага со значительным запасом тканей, образование рубцов, «синдром коагулированной шейки матки» [18,23].

Современные методы деструкции шейки матки (криогенная, лазерная, плазменная, радиоволновая), разработанные в последние 5-15 лет, пришли на смену ранее изученной и широ-

ко применявшейся до настоящего времени диатермоэлектрохирургии. Тем не менее, несмотря на их прогрессивность, новизну и, не отрицая их высокого лечебного эффекта, данные методы лечения не лишены определенных недостатков [2]. При их применении возможны различные осложнения - бесплодие, разрывы шейки матки в родах, «синдром коагулированной шейки матки», эндометриты, рецидивы заболевания.

Все сказанное объясняет большой интерес клиницистов к поиску новых достаточно эффективных и безопасных методов лечения эктопий шейки матки. Большие возможности в этом плане открываются при использовании радиохирургического метода и плазменной хирургии. Главным достоинством метода является технология разъединения тканей без механического воздействия и дробления клеток. Это достигается при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, оказываемом тканями проникновению высокочастотных волн. Тепло подвергает клетки, находящиеся на пути волны, испарению, что исключает механическую и термическую травмы. Высокая эффективность радиохирургического метода лечения эктопий шейки матки у женщин в настоящее время доказана множеством исследователей [17].

Е.Б.Рудакова (1996) ориентируясь на возраст пациенток, наличие сопутствующего воспалительного процесса, нарушений архитектоники шейки и других ее фоновых и предраковых процессов, приводящих к изменению состояния и функции женской половой системы, предложила при неосложненной форме врожденной и приобретенной эктопии и отсутствии факторов риска развития рака шейки матки диспансерное наблюдение, а при необходимости - с коррекцией выявленных нарушений менструальной функции; при осложненной форме врожденной, приобретенной и рецидивирующей эктопии - лечение комплексным методом с дифференцированным подходом в зависимости от вида и варианта эктопии шейки матки. Предложено поэтапное, дифференцированное применение различных консервативных (низкочастотный ультразвуковой метод, гормональная и иммунная коррекция, нормализация микробиотоза влагалища) и оперативных методов лечения патологии. Проведение такой терапии способствует излечению больных в 96-100% случаев, а риск рецидивов снижается до 0,8% случаев.

П.С.Русакевич (2005) приводит данные, также указывающие на целесообразность проведения этапного лечения различными лечебными факторами при данной патологии. На первом этапе (подготовка к проведению лечения) осуществляют терапию тех заболеваний, которые способствовали возникновению патологического очага на экзоцервиксе шейки матки и поддерживают длительное его течение. К

ним относят фармакологические и сочетанные воздействия с немедикаментозными (нетрадиционными) средствами. На втором (собственно лечение заболевания) этапе - выбирают наиболее рациональный (элективный) способ воздействия на очаг в шейке матки в той или иной форме с учетом нозологической принадлежности, преморбидного фона и возможностей метода. При этом подчеркивается важность индивидуального подхода к каждой больной с учетом паритета, возраста пациентки, возможности сочетать различные воздействия (комплексный принцип) и проявлять онкологическую настороженность при определении длительности лечения и переходе к более радикальным методам. На третьем этапе, в случаях хирургического и комбинированного лечения, проводят обязательную послеоперационную реабилитацию по индивидуальной программе. Это способствует повышению эффективности используемых методик и более радикальному излечению. По своему предназначению характер реабилитационных воздействий может быть самым разнообразным. Эффективность используемого метода с применением функционального системного подхода достигает  $93,5 \pm 2,6\%$  случаев, риск рецидивов заболевания снижается в 7,7 раз, нормализация иммунного гомеостаза наступает у  $90,4 \pm 3,1\%$ , гормонального – у  $87,4 \pm 1,4\%$ , ликвидация сопутствующей воспалительной реакции в шейке матки – у  $71,3 \pm 1,4\%$  больных [18].

Все вышеизложенное свидетельствует, что проведение комплексного, дифференцированного, индивидуализированного лечения существенно улучшает результаты терапии эктопий шейки матки. Системный подход является эффективным способом устранения общих нарушений в организме женщин, основой в стратегии и тактике ведения больных, средством снижения частоты рецидивов патологии шейки матки.

### Литература

1. Василевская Л.Н., Винокур М.Л., Никитина М.И. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. – М.: Медицина, 1987. – 160 с.
2. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. – Мн.: Выш.шк., 2002. – 416с.
3. Воропаева С.Д. Микрофлора женских половых путей и ее чувствительность к антибактериальным препаратам: Обзор // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. - № 3. – С. 42-45.
4. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. Руководство для врачей / Под ред. Э.К.Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 448с.
5. Железнов Б.И., Ежова Л.С., Беляева Л.А. Морфофункциональные изменения эпителия эндоцервикса в зависимости от возраста и менструальной функции женщины // Акушерство и гинекология. – 1994. – № 3. – С. 12 - 18.
6. Зуев В.М., Побединский Н.М., Джигбладзе Т.А. Озонотерапия в гинекологии: Обзор // Акушерство и гинекология. – 1998. - №3. – С. 3-5.
7. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции) / Под ред. проф. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс, 1999. – 432 с.
8. Каунов Л.А., Сотникова Л.Г. Клинико-морфологические параллели при доброкачественных заболеваниях шейки матки // Проблемы репродукции. – 2000. – № 5. – С. 18-21.
9. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье (Часть 1) // Журн. Акушерства и женских болезней. – 1999. – Вып. 2. – С. 71-78.
10. Козаченко В.П., Бычков В.И., Киселева Е.В. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. – М.: Медицина, 1994. – 204 с.
11. Курек В.В., Кулагин А.Е. Принципы антибактериальной терапии // Рецепт. – 1999. - № 1-2 (6). – С. 34-44.
12. Кустаров В.Н., Линде В.А. Патология шейки матки. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 144с.
13. Поликлиническая гинекология / Под ред. проф. В.Н.Прилепской. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 624с.
14. Померанцев В.П. «Больше» в лечении не всегда означает «лучше». Моно- и полифармакотерапия: за и против // В мире лекарств. – 1999. - № 1 (3). – С.4-6.
15. Практическая гинекология (Клинические лекции) / Под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской. - М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 720с.
16. Прилепская В.Н., Рудакова Е.Б. Эрозии и эктопии шейки матки. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 164с.
17. Радзинский В.Е., Буянова С.Н., Манухин И.Б., Кондриков Н.И. Патология влагалища и шейки матки: 2-е изд., доп. / Под ред. В.И. Краснопольского. – М.: Медицина, 2005. – 387 с.
18. Русакевич П.С. Системный патогенетический подход к диагностике и лечению доброкачественных (фоновых) и предраковых заболеваний шейки матки. – Мн.: Полифакт, 2005. – 268 с.
19. Русакевич П.С., Литвинова Т.М. Заболевания шейки матки у беременных: диагностика, лечение, мониторинг, профилактика. – Мн.: БелМАПО, 2002. – 140 с.
20. Шевченко И.В. Изменения в гипофизарно-гонадной системе у женщин с инфекциями, передаваемыми половым путем в сочетании с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки // Мед. новости. – 2003. – № 3. – С. 57-60.
21. Bates C.M. The management of patients with inflammatory smear results in general practice



- // Genitourin. Med.* – 1993. – Vol. 69 (2). – P. 126-129.
22. *Elsner P. Treatment of bacterial Sexually transmitted diseases // Semin. Dermatol.* – 1993. – Vol. 12, № 4. – P. 342-351.
23. *Hallam N., Edwards A., Harher G. Diathermy loop excision: a series of 1000 patients // J. Gynecol. Surv.* – 1991. – № 9. – P. 77-82.
24. *Hilgarth M., Piper B., Sato S. Sensible use of CO2 laser therapy on the lower genital tract of the women // Geburtschilfe – Frauenheilk.* – 1996. – Vol. 56 (3). – P. 27-34.
25. *Oral contraceptives and cancer: a review of the evidence / C. La Vecchia, A. Tavani, S. Franceschi et al. // Drug. Saf.* – 1996. – Vol. 14. – P. 260-272.
26. *Ronalds S., Gibbs R. Antimicrobial chemotherapy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 1996. – Vol. 358. – P. 785-800.
27. *Sliney David H., Trocel, Stephen L. Medical Lasers and their Safe Use.* – New York etc.: Springer, 1993. – 230 p.
28. *Ye Z., Thomas D.B., Ray R.M. Combined oral contraceptives and risk of cervical carcinoma in situ. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives // Int. J. Epidemiol.* – 1995. – Vol. 24. – P. 19-26.

**Д.М. Семенов**

УО «Витебский государственный  
ордена Дружбы народов  
медицинский университет»,  
г.Витебск

## **Триггерные факторы, определяющие клиническое течение папилломавирусной инфекции у женщин с патологией шейки матки**

*Статья посвящена изучению триггерных факторов, определяющих клиническое течение папилломавирусной инфекции у женщин с патологией шейки матки (гормональные, иммунологические, сочетанная инфекция). Произведена оценка влияния различных триггерных факторов на распространенность и клиническое течение папилломавирусной инфекции.*

**Ключевые слова:** вирус папилломы человека, триггерные факторы.

Реальной профилактикой рака шейки матки, занимающего второе место в структуре онкологической заболеваемости у женщин, является современное выявление и лечение истинных предраковых заболеваний. Поэтому к числу постоянных проблем практической гинекологии относятся вопросы тщательного отбора больных с повышенным риском возникновения цервикального рака и контроля за их состоянием.

Ключевой концепцией этиопатогенеза рака шейки матки признана вирусная гипотеза, центральное место в которой занимает вирус папилломы человека (ВПЧ), обладающий наибольшим онкогенным потенциалом и являющийся основным экзогенным фактором цервикального канцерогенеза. Сведения о ВПЧ-инфекции составляют быстро меняю-

щуюся область медицинских знаний, в которой много диагностических и терапевтических проблем. К одному из перспективных направлений дальнейшего изучения роли ВПЧ в этиологии и патогенезе предрака и рака шейки матки относят поиск инициирующих кофакторов, которыми могут быть другие инфекционные агенты, такие как вирус простого герпеса, цитомегаловирус, хламидии, и даже простейшие, и неспецифическая бактериальная флора, колонизирующая половые пути.

Среди эндогенных модифицирующих факторов в генезе малигнизации эпителия шейки матки наиболее важной представляется роль иммунной системы. Исследованиями последнего десятилетия установлено, что иммунодефицит является обязательным компонентом любой вирусной инфекции, что ведет к признанию необходимости сочетания этиотропного лечения этих болезней с коррекцией ассоциированных с ними иммунологических дефектов. На современном уровне знаний представляется целесообразной разработка опытным путем оптимальных схем иммунокоррекции сопровождающий вирусную инфекцию иммунодефицитов с помощью конкретного иммуномодулятора у конкретных групп пациентов. Накопленные в ходе эмпирического исследования данные будут иметь не только практическое значение, но и создадут базу для построения об-